CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 54

DU

THROMBUS DE LA VULVE

ET DU VAGIN

PENDANT LE TRAVAIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juillet 1889

PAR

André BONSIGNORIO

Né à Toulon, le 16 août 1864

INTERNE A L'HOTEL-DIEU DE TOULON (VAR)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

3, Place de la Mairie, 3

M DCCC LXXX IX

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		GARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .		GRANEL.
Clinique obstétric. et gynécol. (Ch. d. c.).		GERBAUD
Physique médicale. (Ch. d. c.)		IMBERT

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. TRUC
MOSSÉ (✻)	GRANEL	GERBAUD
REGIMBEAU (✻)	BOINET	GILIS
BLAISE	BROUSSE	IMBERT
BAUMEL	FORGUE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *président.*
GERBAUD, *chargé de cours.*
GAYRAUD, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

André REBOUL

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A. BONSIGNORIO.

A LA FAMILLE OURDAN

A MES AMIS ET COLLÈGUES D'INTERNAT

ERNEST MAISSE ET JOSEPH PETIT-DIDIER

A. BONSIGNORIO.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERREYMOND

CHIRURGIEN-ADJOINT DE L'HOTEL-DIEU ET DE LA MATERNITÉ DE TOULON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. BONSIGNORIO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

A. BONSIGNORIO.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGAREL

MÉDECIN EN CHEF DES HOSPICES CIVILS DE TOULON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR BÉRENGER-FÉRAUD

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. BONSIGNORIO.

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons n'est pas de faire une étude complète du *thrombus* chez la femme.

Un pareil travail offrirait cependant à la science obstétricale un intérêt puissant et une incontestable utilité.

Synthèse raisonnée des travaux pratiques de quelques savants modernes, il éclairerait d'un jour nouveau une question longtemps obscure et controversée.

Mais une étude de cette importance nécessiterait une expérience que nous n'avons pas et une série d'observations que nous n'avons pu faire encore ; elle serait d'ailleurs pour le moment au-dessus de nos moyens.

Nous avons préféré, dans cette thèse inaugurale, limiter notre sujet au *thrombus* pendant le travail, et ne nous occuper aujourd'hui que de cette variété, la plus rare chez la femme il est vrai, mais aussi la plus dangereuse.

Nous avons divisé notre sujet en deux parties.

Dans la première, après avoir défini le thrombus en obstétrique et fait un court historique de cette affection, nous en examinons les causes diverses et le mécanisme, nous disons

ensuite quelques mots sur l'anatomie pathologique et les variétés du thrombus dans la parturition ; enfin, nous citons quelques observations typiques de cette affection.

Dans la deuxième partie, nous exposons les symptômes du thrombus, la façon de le reconnaître, sa marche et sa terminaison, le traitement à suivre, c'est-à-dire la conduite à tenir en présence de cet accident pendant l'accouchement. Nous terminons par un résumé succinct présentant les conclusions de notre travail.

Nous prions M. le docteur Perreymond d'agréer tous nos remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner. Nous remercions également M. le professeur Grynfeltt, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN

PENDANT LE TRAVAIL

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION

Dans son acception la plus large, le mot thrombus, du grec θρομβος, signifie caillot, grumeau, *grummus seu placenta sanguinis*. Ce mot peut donc s'appliquer à tout amas sanguin coagulé, quels qu'en soient le siège et le volume.

Telle est à peu près la définition donnée par le dictionnaire de Jaccoud.

En pathologie obstétricale, le nom de thrombus est réservé aux épanchements de sang qui se produisent dans les organes génitaux de la femme pendant la grossesse, le travail ou l'état puerpéral.

On l'a appelé tour à tour et suivant le cas : thrombus de la vulve (Boër), thrombus vulvo-vaginal, vulvo-vagino-pelvien, thrombus pelvien (Laborie), thrombus vulvaire, périnéal (Hervieux), etc.

Nous proposons de remplacer ces dénominations par celles de thrombus externe et de thrombus interne, la première s'appliquant au vulvo-vaginal, et la deuxième au vulvo-vagino-pelvien et au pelvien.

HISTORIQUE

S'il fallait remonter au père de la médecine pour faire l'historique du thrombus, nous dirions que les docteurs Perret et Girard ont extrait des livres hippocratiques quelques citations où il est vaguement fait mention de cette affection et de son traitement.

Mais, laissant de côté une antiquité si reculée, nous dirons simplement que J. Rueff, chirurgien de Zurich, dans son traité *de Conceptu et generatione hominis,* qui parut en 1554, fait mention du thrombus obstétrical.

La première publication spéciale à ce sujet que nous connaissions, est celle de Jean Kronaüer ; elle a pour titre : *de Tumore genitalium post partum sanguïneo,* et parut en 1734.

Nous trouvons ensuite sur cette affection, un mémoire inséré dans le tome 1er du *Journal général de médecine,* publié en 1796.

Le D^{r} Boër a fait, en 1806, sur la matière, un travail particulier sous le titre : *de fluxu quodam sanguineo in puerperis ante incognito.*

Jusqu'ici, nous n'avons pas encore une idée nette, précise et complète du thrombus chez la femme.

Audibert, dans la classification qu'il en donne dans sa thèse de 1812 ; Siebenhaër, dans sa dissertation de Leipzig, et

Legouais, dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales,* apportent bien des faits nouveaux, mais ils ne voient dans le thrombus que la contusion ou la lésion causée toujours par le passage de l'enfant, pendant les efforts de l'accouchement, sans jamais y reconnaître des indications et les formuler.

Et pourtant des variétés anatomiques sont déjà établies. Il nous faut arriver à 1830 pour avoir un travail sérieux. Deneux publia, en effet, à cette époque, une monographie à peu près complète. Il réunit tous les faits connus jusqu'à lui et établit, sur de nombreuses et patientes recherches, le traitement et les contre-indications. Nous avons puisé dans ce judicieux et savant mémoire plusieurs des exemples de thrombus reproduits dans notre thèse.

Plus tard, Velpeau et, à leur tour, Blot, Perret et Girard, dans des thèses remarquables, refirent et complétèrent encore l'étiologie du thrombus, en expliquèrent le mécanisme par une étude plus approfondie de l'anatomie, et enseignèrent à peu près tout ce que nous savons aujourd'hui.

Depuis, un certain nombre de publications estimables ont vu le jour ; nous citerons particulièrement les intéressantes observations de M. le professer Grynfeltt, de Montpellier, et de M^me^ Sasonoff, médecin en chef de la maison d'accouchements de la Kolonna, à St-Pétersbourg, et enfin le travail récent de M. le D^r^ Perreymond, de Toulon.

Quel que soit cependant le nombre et l'importance des travaux déjà parus touchant le thrombus de la vulve et du vagin dans ses rapports avec l'accouchement, on ne peut considérer la question comme suffisamment étudiée. La rareté même de l'accident explique en partie ce fait; elle ne permet pas toujours de disposer d'éléments assez complets pour apporter une solution définitive à certaines questions.

ETIOLOGIE

Comment se produit le thrombus pendant le travail ?

Quelles sont les causes qui favorisent sa production ?

On trouvera difficilement une affection autour de laquelle on ait réuni des causes prédisposantes et déterminantes aussi variées. Les auteurs admettent, pour la plupart, que la grossesse détermine au niveau des organes pelviens une série de modifications qui constituent, sous l'influence des divers phénomènes du travail, autant de conditions favorables à la production de l'hématome. Mais ils ont soin de faire remarquer que les modifications provoquées par l'état de gestation doivent être poussées à de certaines limites pour qu'elles deviennent causes prédisposantes, et que ces limites ne sont pas toujours atteintes.

Ainsi, d'après Jacquemier (*Manuel des accouch., 1846*), la grossesse ne suffit pas pour provoquer la formation du thrombus. Il faut encore le concours d'une cause occasionnelle, d'origine traumatique le plus souvent.

Hucher (*Wiener. med. Wochenschr., 1871*, n° 52) considère comme circonstances favorables à la production de l'hématome, l'hypertrophie des vaisseaux du bassin et leur dilatation qui amène leur rupture par le fait du passage, souvent trop rapide, de la tête fœtale.

Charpentier et Girard viennent tout récemment d'accorder une certaine importance étiologique à l'hypertrophie du globe utérin et aux troubles circulatoires qui en dérivent. Il semble, en effet, que plus l'utérus augmente de volume et plus le tra-

vail est lent et le séjour de la tête dans l'excavation prolongé, plus aussi le thrombus a de chance d'apparaître.

D'autres, cependant ne voient là que des causes bien peu importantes.

Ils ont essayé de rattacher le développement de la tumeur à des conditions spéciales de structure, à un état anatomique particulier des organes génitaux pendant la grossesse.

Winckel a fait remarquer que si les dilatations des veines portées jusqu'à l'état variqueux, peuvent prédisposer à la production des épanchements sanguins, ces épanchements surviennent même en l'absence totale de varices. Sur 50 cas recueillis par lui, il n'a noté que 6 fois l'état variqueux. Scanzoni, sur 15 cas, n'en trouva qu'un qui s'accompagnait de dilatations veineuses. Sur 43 cas, deux fois seulement Perret a constaté des varices.

Enfin, parmi les 85 cas que Mme Sasonoff a relevés dans la littérature médicale, il n'y en a que 6 dans lesquels elle a noté la présence de varices.

Les opinions sont également divergentes touchant l'influence de la primiparité comme cause prédisposante du thrombus. Tandis que Hervieux s'applique à démontrer le rôle joué par l'étroitesse et la rigidité des parties génitales chez les primipares, d'autres trouvent, d'après les statistiques fournies par les maisons d'accouchements, que les multipares n'échappent pas moins à cette complication.

Rien de bien précis, par conséquent, dans tout ce qui précède et qui est relatif à l'étiologie de notre affection. Sans doute, la vascularité extraordinaire de l'appareil génital pendant la grossesse est une cause locale prédisposante, dont on ne saurait nier l'importance. Mais la cause vraie réside moins dans le grand nombre de canaux que dans la disposition même de ces canaux. Cette disposition, qu'il faut connaître, a été bien établie par les travaux de Devalz et de Richet et

elle a été, récemment encore, l'objet de recherches importantes de la part de Seuvres.

Voici un résumé des points les plus intéressants au sujet de la distribution du système veineux du bassin de la femme, que nous empruntons au manuel de gynécologie de MM. Hart et Barbour, professeurs d'accouchements et des maladies des femmes à l'Ecole de médecine d'Edimbourg. « Le plexus vésical est situé en dehors de la tunique musculaire de la vessie. Le plexus hémorrhoïdal se trouve sous la muqueuse de la partie inférieure du rectum. Les veines des lèvres présentent la même distribution que les artères, elles vont de la région superficielle se mêler aux veines honteuses qui s'ouvrent dans la veine commune iliaque. De larges veines des petites lèvres se jettent dans la portion intermédiaire du bulbe. Les veines du gland et du corps du clitoris communiquent avec la veine dorsale du clitoris, qui s'abouche au plexus vésical. Les veines du bulbe communiquent avec le plexus vaginal. Les plexus vaginaux (l'un en dehors de la tunique musculaire, et l'autre dans le tissu sous-muqueux) sont plus abondants à la partie basse du vagin, ils communiquent avec les plexus hémorrhoïdaux et vésicaux, et s'ouvrent dans la veine iliaque interne. Le plexus utérin est des plus riches, il s'ouvre finalement dans les veines ovariques qui se jettent à droite dans la veine-cave inférieure et à gauche dans la veine rénale. Les veines sont petites, situées dans la tunique musculaire externe et dirigées longitudinalement ; dans la couche musculaire moyenne, elles s'ouvrent dans de larges sinus (entourés de muscles circulaires lisses) avec lesquels les capillaires communiquent. Cette disposition est analogue à celle du corps spongieux du pénis (Klein).

» Le plexus ovarien, appelé aussi plexus pampiniforme, est situé entre les feuillets du ligament large et communique avec le plexus utérin. Certains auteurs appliquent ce terme à toutes

les veines du ligament large. Le plexus ovarien s'ouvre dans la veine cave inférieure. Au hile de l'ovaire se trouve l'amas de veines connues sous le nom de bulbe de l'ovaire. Au-dessous du péritoine et entre les feuillets des ligaments larges, sont de larges plexus veineux. Les plexus vésicaux, hémorrhoïdaux et vaginaux, avec les veines honteuses, s'ouvrent dans la veine iliaque interne qui, elle-même, s'abouche à la veine cave inférieure. Du plexus hémorrhoïdal, la veine supérieure hémorrhoïdale passe dans le système de la veine porte, et nous trouvons alors une communication entre le système veineux pelvien et le système porte. Dans la muqueuse vaginale, le clitoris et l'utérus, il y a du tissu érectile, c'est-à-dire des veines dans du tissu conjonctif avec des fibres musculaires lisses. » Il nous reste maintenant à faire ressortir toute l'importance que comporte cette distribution veineuse dans le bassin de la femme au point de vue de l'étiologie du thrombus. Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur l'immense appareil vasculaire utéro-vaginal dont nous venons de décrire les points les plus intéressants, nous arrivons à découvrir trois régions bien localisées qui tranchent par leur excessive richesse et l'excès de volume des branches qui leur appartiennent. Ces régions sont : le segment inférieur du conduit vulvo-vaginal, le segment supérieur du vagin ou zone vagino-utérine et enfin les ligaments larges. Les origines de cet appareil interne sont la muqueuse et les parois du conduit ; ses voies de déversement, d'une part, la veine cave inférieure à droite et la rénale à gauche par l'intermédiaire des veines utéro-ovariennes ; d'autre part, la veine hypogastrique ou iliaque interne par l'intermédiaire de la vaginale de l'utérine et de la honteuse interne. Les voies dérivatives sont établies par les plexus hémorroïdaux en bas, le plexus vésical en haut et les veines pariétales du bassin. Quant à la portion antérieure et superficielle du vagin, nous avons dit comment la muqueuse qui la revêt est l'origine des branches formatrices de l'appareil

profond. Mais, à la vulve, les veines n'ont pas toutes une même origine et une terminaison semblable. On sait que les plus importantes de ces veines sont : la dorsale du clitoris, les honteuses externes superficielles et les honteuses externes profondes. Or, la première, après avoir doublé verticalement la surface des petites lèvres, vient se déverser avec les honteuses externes superficielles dans la saphène interne. Les honteuses externes profondes, sous-aponévrotiques, qui ramènent le sang des parties sous-jacentes aux grandes lèvres et à leur voisinage, se jettent directement dans la veine fémorale. Toutes ces branches trouvent un moyen de dérivation dans les anastomoses qu'elles ont d'une part avec les veines sous-cutanées de la cuisse et les tégumenteuses abdominales venues de l'iliaque externe, de l'autre avec les veines hémorrhoïdales et les réseaux capillaires de la muqueuse vulvo-vaginale qui ont pour origine l'iliaque interne.

(a) *Causes locales.* — Ceci bien établi, voyons ce qui se passe dans la grossesse. Dès que l'utérus gravide pèse sur les parois internes du bassin, il se produit, par l'effet même de cette pression, une stase sanguine générale. Mais, tandis que la dérivation sera facile du côté de l'appareil veineux interne, à cause des nombreuses voies qu'elle a et des larges anastomoses qui mettent en relation la circulation de l'hypogastrique et de la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines utéro-ovariennes, elle sera difficile ou impossible du côté de l'appareil veineux externe où les anastomoses de l'iliaque externe avec les branches venues de la fémorale sont nulles ou insignifiantes. Dès lors, nous possédons cette donnée importante que la dilatation des veines de la vulve pendant la grossesse, obéissant à des lois anatomiques parfaitement établies, joue un rôle capital et évident dans l'étiologie du thrombus.

Beaucoup moins important est le rôle joué par le tissu cel-

lulaire lâche qui matelasse le conduit vulvo-vaginal. La gêne circulatoire, en agissant indirectement sur ce conduit, infiltre ses éléments et les prédispose ainsi à recevoir le sang épanché, tout en n'opposant aucun obstacle à sa fusion au loin et à la formation des caillots. Au contraire, tout ce qui, s'ajoutant à la compression exagérée de l'utérus gravide, augmente la stase veineuse peut, à juste raison, être considérée, comme une cause prédisposante. C'est ainsi que, sans aller chercher bien loin, nous trouvons une cause dans le corset, à l'aide duquel les femmes essaient quelquefois de cacher leur grossesse. M. le professeur Grynfeltt cite le cas d'une femme de chambre qui, pour ne pas faire savoir à ses maîtres qu'elle était enceinte, s'était, dès la suppression de ses règles, appliquée un corset fortement serré, auquel elle n'avait plus touché et qu'elle n'avait plus posé ni jour, ni nuit. Lorsque, se croyant à terme, cette jeune femme arriva chez l'accoucheuse, celle-ci ne put croire, tellement la striction était parfaite, que sa nouvelle pensionnaire eût atteint le neuvième mois de la grossesse. La gêne croissante de la circulation veineuse sous-ombilicale, dit M. Grynfeltt, « circulation déjà embarrassée par le fait de l'état gravide de l'utérus, n'a pas été sans doute absolument étrangère comme cause prédisposante à la production du thrombus qui se produisit chez cette femme et pour lequel je fus mandé. » La grossesse gémellaire doit aussi être considérée comme une cause favorisant la production de l'hématome, et cela toujours pour des raisons semblables, parce qu'elle exagère la congestion utérine et accroît d'autant la tension dans les vaisseaux.

Que devons-nous penser maintenant de la valeur étiologique que quelques uns ont voulu donner à la primiparité et à la rapidité du travail ? Faut-il croire avec Spiegelberg (auteur allemand) que l'union intime chez les primipares des vaisseaux et des tissus environnants soit une condition favorable à la

rupture des parois vasculaires, sous l'influence de leur distension brusque et du décollement de la muqueuse pendant le travail ?

« Si nous considérons, dit Mme Sasonoff, la relation qui existe d'une façon normale entre le nombre des primipares et des multipares, d'après les statistiques fournies par les maisons d'accouchements, nous arrivons au rapport suivant : $\frac{1}{1,7}$ Or, on obtient à peu près le même rapport $\frac{1}{1,8}$, pour les primipares et les multipares considérées au point de vue de la fréquence de l'hématome. Cette complication s'observe donc, relativement, aussi souvent chez les unes que chez les autres. »

Ceux qui invoquent la longue durée de l'accouchement, le séjour prolongé de la tête dans l'excavation, comme causes principales de l'hématome, sont-ils plus heureux que Hervieux, Cazeaux et Girard, qui mettent, au contraire, en cause la grande rapidité de travail et la distension brusque des parties ? Non, puisque si nous examinons un grand nombre de faits, nous voyons que presque toujours l'hématome s'est produit chez des femmes jeunes, bien portantes et accouchant normalement.

Mme Sasonoff arrive ainsi à cette conclusion générale : « Si la grossesse peut, par elle-même, donner naissance à un grand nombre de circonstances qui semblent propres à favoriser les déchirures vasculaires et la production de l'hématome, il n'en est pas moins vrai qu'en réalité cette influence ne peut être démontrée par l'analyse des données statistiques basées même sur les cas dans lesquels les conditions fâcheuses se trouvaient être complètement réalisées (varices, étroitesse des voies génitales chez les primipares). »

(b) *Causes générales.* — Jusqu'ici nous n'avons parlé que des causes prédisposantes locales.

Il existe aussi des causes générales qui ne sont pas sans importance, mais sur lesquelles, pourtant, nous nous arrêterons

peu, parce qu'elles nous éloigneraient de notre sujet et qu'elles s'appliquent d'ailleurs à toutes les variétés de thrombus.

Il nous suffira de signaler l'altération histologique du système vasculaire, le moins de résistance et d'élasticité des veines, l'insuffisance de tonicité et de contractilité qui rend l'hémostase imparfaite.

Nous savons que le sang de la femme enceinte devient aqueux, les leucocytes augmentent alors que les hématies et les sels diminuent. Il y a là évidemment un élément pathogénique important des hémorragies excessives. On sait que les chlorotiques, les hydrémiques sont admirablement disposées, à propos du moindre traumatisme, à la formation de vastes et rapides épanchements.

Mais on a exagéré l'importance de cet état général dans l'étiologie du thrombus.

Il existe des femmes dont le sang, en tant que quantité et qualité des éléments, a subi très peu de modifications du premier au dernier jour de la grossesse et plusieurs arrivent à la fin du travail de l'accouchement avec une déchéance vitale considérable, parce qu'elles avaient déjà et depuis longtemps même une constitution défectueuse. Ce n'est pas au sang de la femme gravide, mais bien à celui de la femme cachectique, viciée, anémiée, chlorotique, individuellement prédisposée aux hémorragies, qu'il faut faire jouer un rôle dans l'étiologie du thrombus.

Il ressort d'ailleurs de cas cités par Deneux, de ceux plus récents de M. le professeur Grynfeltt et du docteur Perreymond, que l'accident dont nous nous occupons arrive presque toujours à des femmes pâles, anémiques, à états morbides antérieurs à la grossesse.

Aussi serait-il plus logique, à notre avis, de dire, pour ce qui est du thrombus, que telle femme est prédisposée et telle

autre ne l'est pas, la plupart des femmes enceintes ayant leur contingent pathologique héréditaire ou acquis.

Mme Sasonoff appelle particulièrement l'attention sur les modifications vasculaires qui se produisent pendant la grossesse, comme cause générale des hémorragies dans l'accouchement. Elle parle d'une malade atteinte de thrombus, qui, au début de sa grossesse, a perdu beaucoup de sang par les voies génitales et qui a eu, avant d'être à terme, des épistaxis répétées, ainsi que dans la période des suites de couches. Elle va même plus loin ; d'après elle, seules, les altérations vasculaires peuvent expliquer l'apparition de l'hématome au cours d'un accouchement normal. « Les affections pulmonaires, hépatiques, cardiaques, en troublant la nutrition des parois vasculaires, doivent agir par un mécanisme semblable. Hecker donne l'observation d'un cas d'état pathologique héréditaire des vaisseaux, par suite duquel deux sœurs furent atteintes toutes les deux de la même tumeur sanguine. »

MÉCANISME ET VARIÉTÉS DU THROMBUS

Nous venons d'exposer les causes sous l'influence desquelles l'hématome de la vulve et du vagin peut se montrer ; nous savons que les femmes enceintes y sont prédisposées, soit par l'hérédité ou une maladie générale, soit encore par un état vasculaire de l'utérus gravide, qui est des plus intéressants à connaître. Mais nous n'avons rien dit de la façon dont se fait l'hémorragie, du lieu où elle se produit. Or, s'il est peut-être sans grande importance de connaître le mécanisme de la maladie que nous étudions, nous verrons plus tard, à propos du traitement, combien il est indispensable pour le praticien d'apprendre les variétés qu'elle présente.

L'hémorragie, nous pouvons l'expliquer par la rupture d'une grosse veine ou par celle d'une infinité de petits vaisseaux. Perret a eu le mérite de montrer, grâce à ses injections, que le thrombus peut avoir une origine capillaire aussi bien que veineuse. Il a ainsi détruit cette idée erronée des anciens qui faisaient de la rupture d'un tronc veineux la condition *sine quâ non* de l'affection.

Osiander était parfaitement sûr de son fait, lorsqu'il prétendait avoir senti des pulsations dans un cas signalé par lui, et, quoi qu'en dise Deneux, il s'agissait là d'une artère. Il faut avouer cependant que l'hémorragie est le plus souvent veineuse.

Quant à la rupture des vaisseaux, surtout lorsqu'ils sont petits, la cause en est dans la dilatation forcée des tissus et le décollement qui en résulte, si l'on n'a point perdu de vue l'altération pathologique dont nous avons déjà parlé à propos de l'étiologie. Si les vaisseaux sont d'un calibre assez élevé, il suffira que leur friabilité soit suffisante, que leur tunique interne soit enflammée pour qu'il y ait écrasement. Que se passe-t-il, en effet, dans la rupture d'une veine hémorrhoïdale pendant les efforts de la défécation ? Il suffit d'une distension persistante pour que, à un moment donné, il y ait éclatement de la paroi des vaisseaux transformés en ampoules et subissant une pression exagérée. C'est là le mécanisme du thrombus dans le travail.

La question des variétés du thrombus a suscité de vives querelles de la part des auteurs ; on n'est pas encore bien fixé sur elle, même de nos jours. Nous avons essayé de la résoudre en nous appuyant sur des faits anatomiques précis, que nous empruntons pour la plupart au bel ouvrage d'anatomie topographique de M. Tillaux. Une étude succincte des plans aponévrotiques et musculaires qui constituent le périnée de la femme est indispensable pour comprendre la division que

nous avons cru devoir établir au sujet du thrombus vulvo-vaginal.

On doit entendre par le nom de périnée l'ensemble des parties molles qui ferment, en bas, la cavité pelvienne. On y rencontre plusieurs plans de muscles et d'aponévroses qui sont traversés, chez la femme, par le rectum en arrière, par l'urèthre, l'utérus et le vagin, en avant. Ces divers plans sont, en allant de la peau vers le péritoine :

1° La peau ; 2° le fascia superficialis ; 3° l'aponévrose périnéale superficielle ; 4° une première couche musculaire (transverse du périnée, bulbo-caverneux, ischio-caverneux) ; 5° l'aponévrose périnéale moyenne ; 6° une deuxième couche musculaire (muscle releveur de l'anus, ischio-coccygien) ; 7° l'aponévrose périnéale supérieure ; 8° la couche celluleuse sous-péritonéale ; 9° le péritoine. Nous laisserons de côté les muscles pour ne nous occuper que des aponévroses, qui nous intéressent particulièrement. Ces aponévroses sont au nombre de trois : 1° l'aponévrose périnéale superficielle ou inférieure, de forme triangulaire, qui se continue en arrière, par sa base, avec l'aponévrose moyenne ; par son sommet, elle se prolonge sur le clitoris, et se fixe par les côtés à la lèvre antérieure de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis ; 2° l'aponévrose moyenne du périnée, plan musculo-fibreux, également de forme triangulaire. Le sommet du triangle correspond au ligament sous-pubien, la base descend jusqu'au devant de l'anus. Elle s'arrête au bord postérieur du muscle transverse superficiel et conséquemment à la ligne bi-ischiatique. De ses trois bords, deux sont latéraux et se fixent à la lèvre interne de la branche ischio-pubienne ; le 3^{me}, postérieur, est concave et tranchant et se continue en bas avec l'aponévrose périnéale superficielle et en haut avec l'aponévrose supérieure ; 3° l'aponévrose périnéale supérieure repose sur le plan musculaire formé par le releveur de l'anus ; elle s'attache sur les

côtés au muscle obturateur interne et se perd en partie vers la région médiane sur les faces latérales du rectum et de la vessie, pour aller ensuite se confondre avec le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne.

La présence de ces trois aponévroses donne lieu à deux loges parfaitement distinctes : une loge inférieure comprise entre l'aponévrose inférieure et l'aponévrose moyenne, une loge supérieure comprise entre les aponévroses moyenne et supérieure. « Entre l'aponévrose périnéale supérieure et le péritoine se trouve une couche abondante de tissu cellulaire lâche, contenant de la graisse. Elle n'est séparée de la masse adipeuse qui remplit le creux ischio-rectal que par l'épaisseur du muscle releveur et ses deux aponévroses. L'espace occupé par cette couche a été désigné par M. Richet sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, par opposition à la fosse ischio-rectale, qu'il appelle espace pelvi-rectal inférieur. La couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale du bassin se continue largement avec celle de la fosse iliaque. »

S'appuyant sur ces données anatomiques classiques, et sur les travaux de Jarjavay, Laborie décrivit les trois sortes d'épanchements, c'est-à-dire trois variétés de thrombus que nous allons exposer.

1° *Épanchement périnéal proprement dit.* — Il occupe ordinairement la peau des lèvres et de la vulve, et peut s'étendre aux cuisses, au ventre. S'il a lieu entre l'aponévrose superficielle et l'aponévrose moyenne, le sang ne fuse pas, dit Laborie, vers le bassin, mais vers la symphyse pubienne et forme un thrombus limité aux petites lèvres. Au-dessus de l'aponévrose moyenne, l'épanchement serait bridé encore plus et ferait saillie dans le vagin.

2° *Épanchement sus-périnéal.* — Il a lieu entre le feuillet

profond de l'aponévrose moyenne et l'aponévrose supérieure. C'est le thrombus pelvien qui serait parfaitement limité par ces aponévroses. Si l'épanchement a lieu au-dessus de l'aponévrose supérieure, le thrombus devient pelvi-abdominal ; là, plus de brides. Celui-là seul, d'après Laborie, fusera vers le bassin, les ligaments larges, infiltrera le mésentère et pourra s'étendre jusqu'au diaphragme.

3° *Épanchement dans l'épaisseur de la paroi vaginale.* — Il donne lieu au thrombus intra-pariétal qui peut disséquer le vagin et atteindre la vulve, sans toutefois pénétrer entre le vagin et la vessie à cause des liens solides qui existent entre ces deux organes. Telle est, du moins, l'opinion de Laborie.

Sa manière de voir, il faut bien le reconnaître, a été inspirée par la disposition des aponévroses, telle que nous l'avons établie. Elle permettra sans doute de limiter un thrombus peu volumineux. Elle fait bien ressortir aussi la difficulté qu'ont les épanchements sanguins à s'étendre, la peine que le praticien aura souvent pour les découvrir ; mais elle a le défaut d'être trop absolue.

Nous ne saurions mieux faire à ce propos que de citer l'opinion de M. le professeur Grynfeltt, sur les prétendues divisions anatomiques de Laborie et les variétés de thrombus indiquées par lui.

« Je ne peux m'empêcher, dit ce savant professeur, de con-
» stater le peu de fondement des divisions anatomiques admi-
» ses par Laborie, dans son Histoire des thrombus de la vulve
» et du vagin, spécialement après l'accouchement. » (*Mém. Acad. de Méd.*, 1860).

Les divisions adoptées par M. Hervieux sont plus exactes et surtout plus cliniques. Ce dernier a écrit fort judicieusement : « Lorsque la tumeur sanguine a pris naissance à la
» partie inférieure du vagin, les plans musculaires et apo-

» névrotiques qui embrassent cette même partie en arrière » et sur les côtés n'opposent pas un obstacle sérieux à l'ex- » tension du foyer vers les grandes lèvres. De là, l'origine » d'un certain nombre de thrombus vulvaires. Mais sou- » vent aussi, la tumeur sanguine siégeant à une plus grande » hauteur dans le tissu cellulaire extra-vaginal, se creuse, aux » dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal, une poche qui » peut envahir tout le bassin, les ligaments larges, les fosses » iliaques, les lombes et remonter dans l'épaisseur du mésen- » tère et jusqu'au diaphragme. »

M. Hervieux, se plaçant peut-être trop encore au point de vue anatomo-pathologique, admet quatre variétés de thrombus.

1° Les thrombus vulvaires ;
2° Les thrombus périnéaux ;
3° Les thrombus vaginaux ou intra-pelviens ;
4° Les tumeurs sanguines péri-abdominales.

Écoutons ce que dit Tillaux à propos de la marche des infiltrations d'urine à travers le périnée de l'homme : « Nous savons que le périnée se divise en deux portions distinctes : l'une antérieure génito-urinaire, l'autre postérieure recto-anale. Cette division se trouve justifiée par la marche des infiltrations d'urine. Sans vouloir faire jouer aux aponévroses du périnée, dans la marche de ce grave accident, un rôle plus important qu'il ne convient, il est incontestable que leur disposition permet d'établir deux grandes variétés d'infiltration : l'une a pour point de départ la portion d'urèthre comprise dans la loge périnéale inférieure ; l'urine envahit alors la verge, le scrotum, et gagne la paroi abdominale si on ne l'arrête pas à temps ; l'autre procède de la partie du canal renfermé dans la loge périnéale supérieure ; l'urine se répand dans la portion rectale du périnée, remplit la fosse ischio-rectale, gagne la cavité pelvienne, et souvent la cavité abdominale. Je considère

que là se borne l'influence des aponévroses du périnée sur la marche de l'infiltration d'urine. »

Pourquoi n'appliquerions-nous pas ces données si vraies et si pratiques à la marche des épanchements sanguins qui se produisent dans la grossesse, sous l'influence du mécanisme et des causes que nous connaissons ?

Toutes les fois que le sang, épanché en quantité considérable autour du vagin, ne sera pas limité par la résistance des tissus, il pourra donc fuser en haut, jusque dans les fosses iliaques, ou jusque dans les grandes lèvres, en bas. Il pourra, suivant les circonstances, décoller le rectum et faire irruption dans la cavité pelvienne, ou encore, le vagin dissocié ainsi que les vaisseaux et les muscles du périnée, aller sourdre par les échancrures sciatiques, vers la fesse ou vers la partie supérieure de la cuisse.

Le sang qui se répand dans les tissus de la vulve et du vagin n'est dirigé que par le hasard et, comme l'a si bien dit Pajot, il se joue des dispositions anatomiques. Pourquoi ne pas admettre dès lors deux variétés seulement de thrombus? L'un externe superficiel, plus ou moins limité à la vulve et au vagin, thrombus pelvien superficiel ; l'autre interne, ayant gagné les parties profondes ou s'y étant produit tout d'abord, le thrombus pelvien profond.

Cette division nous semble plus rationnelle et elle nous paraît suffisante, puisque, toutes les fois que l'épanchement de sang n'est pas absolument limité aux grandes lèvres et à la partie inférieure du vagin, il est susceptible de fuser partout et que, alors, il n'y a pas de distinction possible. Elle repose, tout aussi bien que celle de Laborie, sur les connaissances anatomiques que nous possédons relativement au bassin de la femme, et elle a l'avantage précieux d'être plus clinique.

Disons à propos de la fréquence relative de ces deux variétés de thrombus, que le thrombus superficiel serait de beaucoup le

plus observé. C'est du moins ce qui ressort de la statistique de M. Hervieux. Perret, son élève, l'a noté 16 fois sur 43.

L'extension vers l'abdomen est plus rare encore ; on n'en cite que 7 cas. Quant à la progression simultanée vers la vulve et vers l'abdomen, on cite 3 cas seulement sur 43, d'après Perret.

A cette dernière variété appartient l'observation de M. le professeur Grynfeltt, dont nous aurons à parler plus tard.

Avant d'aborder la deuxième partie de notre sujet, nous allons présenter cinq observations de thrombus pendant le travail, qui nous ont paru les plus remarquables.

Quatre de ces observations ont été prises dans le mémoire de Deneux ; la cinquième, extraite de la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier,* octobre 1887, appartient à M. le professeur Grynfeltt.

OBSERVATION PREMIÈRE

Une femme âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, de stature petite, avec le bassin très évasé, avait eu une grossesse assez pénible. Le travail de l'enfantement marcha avec peu de rapidité, les eaux s'écoulèrent de bonne heure, le fœtus présentait les fesses. Il devint nécessaire de dégager les pieds et d'extraire l'enfant. Cet enfant était mort ; pendant qu'on cherchait à le rappeler à la vie, la mère ressentit de nouvelles douleurs ; il y avait dans la matrice un second enfant qui présentait le sommet de la tête au détroit supérieur dans la première position. La tête s'engageait dans l'excavation, et on espérait qu'elle ne tarderait pas à être expulsée, lorsqu'on s'aperçut de la présence d'une tumeur sanguine sans pulsation, qui faisait saillie à la partie postérieure et supérieure du vagin, et qui avait pris naissance dans le tissu cellulaire situé entre le sacrum et la face postérieure du rectum, ce dont on s'assura en portant le doigt dans cet intestin. En peu d'instants, cette tumeur acquit un volume énorme ; elle refoulait en avant la partie postérieure du vagin, en obstruait toute la cavité, envahissait le tissu cellulaire de la fesse gauche, et la grande lèvre du même côté était gonflée, au point qu'elle paraissait prête à se rompre. On appela en consultation le célèbre Baudelocque ; on convint qu'il fallait terminer l'accouchement ; mais on reconnut qu'on ne pouvait le faire qu'après avoir évacué le sang qui formait la tumeur, cette tumeur bouchant, pour ainsi dire, le

passage, et rendant impossible l'introduction de la main ainsi que la sortie du fœtus. Pour cela, on fit à la grande lèvre gauche une incision longitudinale d'un pouce et demi d'étendue : cette incision donna issue à environ quatre onces de sang fluide et à quelques caillots. On introduisit ensuite le doigt dans la plaie aussi profondément qu'on le put, on le promena en différents sens pour rompre les cellules, et on obtint, par cette manœuvre, une nouvelle quantité de sang coagulé, évaluée à sept ou huit onces. La tumeur qui proéminait dans le vagin étant affaissée, on put faire l'extraction de l'enfant en allant chercher les pieds ; malgré la promptitude avec laquelle la version fut exécutée, on retira l'enfant mort. La malade fut maintenue à un régime sévère et mise à l'usage des délayants. . . . . .

51 jours après l'accouchement, la plaie qui résulta de la chute des escarres fut prise d'écoulement ichoreux et la malade succomba.

OBSERVATION II

« Une dame âgée de 38 ans, de petite stature, d'une constitution faible, heureusement arrivée au terme de sa septième grossesse, fit appeler Siebold pour l'accoucher. Tout alla bien et sans aucune difficulté jusqu'à la troisième époque du travail ; mais alors il se manifesta une tumeur longitudinale à la lèvre gauche. Cette tumeur s'accrut à chaque effort : elle devint très douloureuse au toucher et son volume augmenta tellement, qu'on eut lieu de craindre qu'elle ne s'opposât à la sortie de la tête de l'enfant ; mais les douleurs redoublées triomphèrent

de cet obstacle et l'enfant vint au monde sans accident. Avant que l'accouchée fût portée dans son lit, Siebold examina soigneusement la tumeur qui l'avait tant inquiété. Elle était d'un bleu noirâtre, et l'on ne pouvait y toucher que la malade ne souffrît beaucoup. Persuadé qu'elle n'avait pas d'autre cause qu'un épanchement de sang, provenu de la rupture d'une veine trop distendue, il proposa d'y faire une incision ; mais ni l'accouchée ni son mari ne voulurent y consentir. Il se borna donc à la couvrir avec des fomentations chaudes. . . . . Vers le milieu du troisième mois, il survint une fièvre accompagnée de frissons, puis une inflammation avec suppuration de la tumeur. Après des douleurs très vives, la tumeur s'ouvrit et il en sortit une grande quantité de pus mêlé de sang. »

L'ouverture étant trop petite, Siebold put cette fois l'agrandir ; puis il introduisit de la charpie sèche et la guérison fut prompte.

OBSERVATION III

« Chez une primipare âgée de 19 ans, la tête de l'enfant, dès le commencement du travail, occupait le fond de l'excavation pelvienne, quoique l'orifice fût à peine ouvert ; des douleurs plus intenses en opérèrent lentement la dilatation. Six heures après l'écoulement des eaux, la tête étant au détroit inférieur, il se forma dans la grande lèvre gauche, pendant une forte douleur, une tumeur qui s'étendait jusqu'à l'anneau inguinal.

Zeller soupçonna de suite une hernie ; mais, en examinant attentivement, il remarqua que tout le côté gauche du vagin était également le siège d'une tumeur qui se continuait avec celle de la grande lèvre. Pendant la douleur qui suivit, la

tumeur extérieure s'accrut au point d'égaler en peu de minutes le volume d'une tête d'enfant. Elle obstruait la vulve à tel point que j'eus beaucoup de peine, dit Zeller, à introduire le doigt dans le vagin ; elle se trouvait fortement poussée en avant par la tête du fœtus qui faisait effort pour sortir. En ce moment la femme fut prise de convulsions ; sur-le-champ, je pris le parti d'ouvrir la tumeur : je pratiquai une incision longue de trois pouces dans l'enfoncement qui ordinairement se trouve entre la grande et la petite lèvre. Il sortit une quantité considérable de sang liquide et coagulé. Dès que la tumeur fut évacuée, je facilitai le dégagement de la tête avec le levier : en peu de minutes l'accouchement fut terminé. Aussitôt après, à l'aide d'une compression dirigée de l'anneau inguinal vers la plaie, je fis sortir le sang qui se trouvait extravasé ; je nettoyai la cavité aussi bien que possible, et provisoirement je recouvris la plaie avec un linge. La délivrance ne se fit pas attendre. J'injectai alors de l'eau tiède dans le foyer sanguin, afin de le déterger tout à fait ; je fis coucher la femme sur le côté droit afin d'empêcher les lochies de s'introduire dans la plaie, et de faciliter l'écoulement de ce qui pourrait en sortir. La guérison eut lieu dans l'espace de quinze jours.

OBSERVATION IV

« Les petites lèvres étaient tellement gonflées par le sang extravasé, que chacune d'elles ressemblait à une grande vessie remplie de sang noir. Il existait une obliquité antérieure considérable de l'utérus. L'enfant se présentait par les fesses, comme cela avait déjà eu lieu dans deux couches précédentes. Cependant, des douleurs très-fortes poussaient l'enfant dans le fond

du bassin où toutes les parties se trouvaient tuméfiées par le sang qui y stagnait, et prêtes à se rompre. Il se fit à l'une des nymphes une ouverture profonde, par laquelle il s'échappa au moins cinq livres de sang. Lentin fut appelé au secours de cette femme; il la trouva très-faible, assoupie, tourmentée d'un hoquet, ayant les extrémités froides et de fréquentes défaillances. Le sang coulait abondamment par l'ouverture qui s'était faite lorsqu'on ne comprimait point de part et d'autre avec les doigts. On tamponna avec de la charpie imbibée d'esprit de vin: mais l'hémorragie ne put être totalement arrêtée et la mort eut lieu avant l'extraction de l'enfant, qu'on avait cru devoir retarder en raison des convulsions et des défaillances de la femme. Cette observation est rappportée par Lentin lui-même dans les *Memorabilia*, p. 92. »

OBSERVATION V

« Je suis mandé par M^me^ X..., accoucheuse, auprès d'une de ses pensionnaires en travail depuis le matin, chez laquelle (disait la note qui me fut remise) le périnée était menacé d'une rupture centrale par suite d'une forte déviation à gauche de la fente vulvaire.

» Dès mon arrivée, je n'eus pas de peine à reconnaître que la tumeur périnéale, prise pour la tête fœtale, était un énorme épanchement de sang occupant toute l'épaisseur du périnée, principalement à droite de la ligne médiane, s'étendant en arrière jusqu'à l'anus et distendant outre mesure, en avant, la grande lèvre correspondante, qui, de ce fait, reportait à gauche l'orifice vulvaire. La coloration des téguments, la con-

sistance élastique des parties tuméfiées, ne pouvaient me laisser dans le doute. . . . . .

» La femme était très fatiguée et l'extravasat ne faisait que s'accroître à chaque minute. . . . . .

» Je résolus donc de terminer au plus vite cet accouchement par une application de forceps. Pour me mettre en garde contre une hémorragie utérine après la délivrance et assurer le retrait parfait de la matrice, d'autre part, pour parer à cette hémorragie et pour pouvoir réaliser l'antisepsie de la région, j'envoyai quérir sans retard 2 gr. d'ergot de seigle fraîchement pulvérisé (en 3 paquets), 2 kilogr. de glace, et 2 litres de liqueur de Van Swieten. . . . . .

» Dès que je fus pourvu d'ergot de seigle, de glace et de liqueur de Van Swieten, je fis, sans incision préalable, une application de forceps conduite avec lenteur et prudence. Elle fut des plus simples, des plus faciles, et donna le jour à un petit garçon vivant, bien conformé, de grosseur ordinaire. Mais comme je l'avais prévu, et malgré toutes mes précautions, la commissure postérieure de la vulve et le périnée se déchirèrent dans une assez grande étendue. . . . . .

» Je me contentai, après avoir soigneusement lotionné la zone génitale interne et ses alentours avec la liqueur de Van Swieten, de placer à l'entrée du vagin un tampon de coton imbibé de cette solution mitigée à moitié et puis exprimé. Je posai sur le ventre une vessie aux trois quarts pleine de glace concassée. Repos, immobilité absolue, bouillons-froids, limonade.

Le lendemain, à ma visite, pas d'hémorragie véritable. La femme n'a pas uriné. L'hypogastre et la région de la fosse iliaque droite sont distendus, rénitents. Je pratique le cathétérisme. . . . . .

» La tumeur hypogastrique a disparu, mais la tuméfaction de la fosse iliaque droite persiste. Elle ne dépasse pas la ligne

médiane, elle est nettement limitée dans ce sens ; mais en haut et en arrière ses limites sont moins nettes. Après avoir palpé attentivement et avoir constaté l'état mollasse de l'intumescence, je ne doute pas d'être en présence d'une collection de sang plus ou moins coagulé occupant la fosse iliaque droite et l'interstice des deux feuillets du ligament large correspondant. Collection sanguine en continuité avec celle que j'avais trouvée, au cours de l'accouchement, dans le petit bassin, sur le côté droit du vagin et jusque dans la région périnéale du même côté. L'idée de passer un gros drain à travers le foyer hémorragique, au moyen d'un gros trocart courbe de Chassaignac introduit par la crevasse vaginale et poussé jusqu'au-dessus de l'arcade crurale, me vint à l'esprit. J'hésitai cependant ; je crus pouvoir attendre. Avec mes deux mains lavées au sublimé, la droite portée dans le vagin, la gauche appliquée sur la fosse iliaque droite et la comprimant, je me mis à vider la poche hématique ; puis, je la lavai très soigneusement à l'aide d'un hydroclyse avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. Après, je refis le pansement de la veille, y compris la vessie de glace. »

M. le professeur Grynfeltt raconte ensuite comment l'état de la malade s'est rapidement amélioré après des précautions antiseptiques très rigoureuses et un traitement général approprié.

DEUXIÈME PARTIE

SYMPTOMATOLOGIE

Dans son mémoire, Deneux a parfaitement étudié les symptômes qui marquent l'apparition du thrombus, en s'appuyant sur des observations intéressantes qu'il a recueillies un peu partout.

Ces symptômes ont été bien classés par Doléris dans son savant article sur le thrombus de la vulve et du vagin, inséré dans le dictionnaire de Jaccoud.

Nous emprunterons à Doléris sa classification, afin d'éviter toute confusion dans la description des signes qui caractérisent l'affection dont nous nous occupons. Nous nous efforcerons aussi de faire ressortir la valeur respective de ces signes, et cela d'après les travaux les plus récents sur la matière.

A. SIGNES DE L'HÉMORRAGIE

L'apparition des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, dit Deneux, est ordinairement précédée d'une douleur très vive dans les parties génitales, douleur occasionnée sans doute par la rupture d'un ou plusieurs vaisseaux. La rupture des vaisseaux est, en effet, une cause évidente de la production de ce phénomène ; mais, à elle seule, elle ne suffit pas pour expliquer son intensité et sa persistance.

Si l'on se rappelle le mécanisme du thrombus exposé dans la première partie de ce travail, on trouve dans l'élongation des tissus, dans la compression nerveuse et l'éclatement général qui se produisent au moment même de la rupture vasculaire et qui se continuent en augmentant par le fait de la production d'une collection sanguine, des causes autrement importantes et significatives de la douleur qui caractérise l'apparition du thrombus.

La douleur revêt toutes les formes. Parfois déchirante, comme dans l'observation V et dans un cas non moins remarquable que rapporte le Dr Perreymond, elle est, d'autres fois, obscure et presque inaperçue. Il faut croire alors qu'elle se confond avec les douleurs propres au travail, qui sont quelquefois des plus violentes. Ce qui nous paraît impossible, c'est que la douleur manque totalement, comme Pajot l'a signalé dans un cas.

Le thrombus se montrant rarement au début, dans la première période du travail et se formant parfois dans le vagin au moment même du passage de la tête au périnée, il est possible que, dans ce cas, la femme n'ait pas su faire la part de la douleur causée par deux compressions qui se produisaient en même temps.

La douleur qui signale la formation d'un thrombus dans le vagin s'accompagne quelquefois d'une sensation de poids bien manifeste. Il y a du ténesme vaginal, au point que les personnes qui entourent la femme en travail croient qu'il va se faire une déchirure du périnée ou bien, lorsque par des circonstances rares l'accouchement a pu se faire naturellement, qu'une deuxième tête presse sur le plancher périnéal. D'autres fois, la douleur s'irradie et apparaît sous forme de crampes, de piqûres, ce qui ne doit pas étonner, si l'on considère la distribution des nerfs qui sont tiraillés par le fait de la production du thrombus.

D'autres signes de l'hématome, qui eux, ne passent jamais inaperçus, sont dans les conséquences qui résultent immédia-

tement d'un épanchement de sang un peu considérable : nous voulons parler de l'affaiblissement des forces, des faiblesses et des syncopes, symptômes de l'hémorragie grave que l'on a réunis sous le nom d'ictus hémorragique ; la faiblesse est quelquefois suffisante pour qu'il y ait arrêt dans le travail. Il survient des sueurs froides, de la dyspnée et des vomissements. Le pouls devient petit et les souffles cardio-vasculaires de l'anémie peuvent s'entendre. Perret les a signalés plusieurs fois.

L'observation IV nous donne une idée de la valeur de ces signes, que Lentin avait parfaitement remarqués.

Il arrive que les parois vulvaires ou vaginales cèdent à la pression exagérée qu'elles subissent ; alors le sang se répand à l'extérieur et, suivant l'abondance du raptus sanguin, la mort est imminente, à moins qu'une compression efficace ne vienne fermer immédiatement les bouches multiples de l'hémorragie.

Deneux a signalé plus d'un cas où la mort a suivi la rupture des parois amincies du thrombus, parmi lesquels celui de Lentin que nous avons cité.

Enfin, dans des cas exceptionnels, et nous en connaissons un, on a pu observer des frissons convulsifs, de véritables convulsions (Laborie, Lentin).

B. SIGNES FONCTIONNELS

Aux signes de l'hémorragie s'ajoutent le plus souvent des troubles fonctionnels qui sont occasionnés par la présence de la tumeur. Ces troubles sont le ténesme rectal et vaginal accompagnés de la difficulté dans la sortie des matières fécales et de l'urine. Ils n'existent pas ou n'ont aucune importance dans le travail, et, si jamais on a cru devoir s'en préoc-

cuper, c'est dans le thrombus puerpéral. D'ailleurs ces signes fonctionnels sont loin d'être caractéristiques de l'affection dont nous nous occupons.

C. SIGNES OBJECTIFS

Quant aux signes objectifs, auxquels on attribuait jadis une grande importance, ils ne sont pas constants. De plus, il n'est utile et possible de les reconnaître que lorsque le thrombus s'est fait dans les parties génitales externes.

La forme du thrombus superficiel est régulière, ovoïde ou pyriforme ; il ne présente jamais d'adhérences avec les parties voisines.

Quelquefois de la grosseur d'un œuf, la tumeur atteint le volume de la tête d'un fœtus et même plus.

Sa formation est ordinairement lente et ne devient complète qu'au fur et à mesure de la progression de la tête vers l'orifice externe du canal vulvo-vaginal, comme dans le cas cité par M. le professeur Grynfeltt.

La tumeur elle-même est susceptible de présenter toutes les colorations de l'ecchymose. Le plus souvent, sans doute, elle est d'un rouge noirâtre ; les téguments qui la recouvrent sont assez amincis par la tension intérieure pour que la couleur de l'épanchement puisse se traduire visiblement à la superficie. Il est facile, dès lors, de se prononcer sur l'affection contre laquelle il va falloir lutter.

Mais, comme le dit fort bien M. Perreymond dans son travail, la couleur ecchymotique caractéristique des organes génitaux externes peut faire défaut.

L'absence de ce signe important, qui peut embarrasser le praticien s'il n'est prévenu, avait été signalée par Deneux.

« Tout récemment, dans un cas de thrombus du vagin, survenu après un accouchement gémellaire, occupant le côté gauche et postérieur de ce conduit, s'étendant jusque dans le cul-de-sac postérieur, et ayant une forme cylindrique, le professeur Charles constata que la muqueuse au niveau du thrombus n'avait pas changé de couleur, qu'elle était assez rouge, *mais nullement bleuâtre et violacée*. L'habile accoucheur de Liège fut obligé, pour établir un diagnostic certain, de pratiquer une ponction exploratrice au moyen de laquelle il retira 500 grammes de sang décomposé. »

La consistance du thrombus est généralement élastique et molle. Dans certains cas, la tumeur devient fluctuante, lorsque le tissu cellulaire est déchiré sur une certaine étendue; si le sang n'est qu'infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, elle reste extrêmement dure. Dans d'autres, elle offre, suivant les points, des alternatives de fluctuation et de consistance. Enfin, on y peut rencontrer une crépitation sanguine manifeste.

Perret dit que le thrombus est lisse au doigt et à l'œil. Ce qui ne paraît pas contestable, c'est la douleur que provoque la moindre pression, douleur quelquefois telle, que l'exploration du vagin est des plus pénibles.

Disons, en terminant la symptomatologie, que les signes de l'hémorragie seront des plus précieux dans la recherche du thrombus profond, alors que la vue ne peut rien et que le toucher est incertain; que le thrombus superficiel, malgré la variabilité et l'inconstance des symptômes qu'il présente, grâce aux circonstances bien définies dans lesquelles il se produit, grâce aussi aux moyens faciles d'exploration, sera presque toujours reconnu.

DIAGNOSTIC

On a toujours considéré comme facile le diagnostic du thrombus de la vulve et du vagin, à une époque surtout où le thrombus profond était ignoré.

De nos jours, on admet généralement que le thrombus superficiel est une affection nettement définie, qu'il est impossible de méconnaître. Cependant, nous avons fait pressentir des cas où même cette variété de thrombus pourrait offrir quelque difficulté dans le diagnostic. Nous avons signalé l'absence de certains signes caractéristiques que l'on avait jusqu'à présent considérés comme constants. Il nous suffira de tenir compte de ces données sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Un signe dont on avait également exagéré l'importance est la préexistence de varices. Les varices n'existent d'abord pas chez tous les sujets. La malade que M. le Dr Perreymond soignait tout récemment n'en présentait pas, au moins qui fussent superficielles. Perret n'a noté les varices que 2 fois sur 43 cas de thrombus intra-pelvien. Budin, sur 61 cas de tumeurs sanguines qu'il a réunis, n'a relevé que 8 fois la présence de varices de la vulve et du vagin et, selon lui, elles n'ont qu'une importance bien secondaire dans la formation du thrombus. Nous avons d'ailleurs déjà dit ce qu'on doit penser d'elles au début de notre étude.

Mac-Clintock va plus loin et prétend que les veines variqueuses, par leur extensibilité considérable, peuvent avoir pour effet de protéger la femme enceinte contre les ruptures vasculaires dans le travail.

Un fait qui s'est passé à la Maternité de Toulon et que raconte M. le Dr Perreymond semble lui donner raison. Il s'agit d'une secondipare qui présentait, au niveau de la face interne de la petite lèvre gauche et à l'entrée du vagin, une formation variqueuse énorme que l'on pouvait suivre par le toucher jusque dans le cul-de-sac postérieur et qui ne se rompit point, à son grand étonnement, quoiqu'elle eût pris un volume encore plus considérable pendant la descente du fœtus le long du canal vulvo-vaginal.

Quoi qu'il en soit, nous sommes d'avis que pour le thrombus des parties génitales externes, les signes et les symptômes élucidés par l'interrogatoire, la vue, le palper et le toucher vaginal suffiront pour conduire au diagnostic d'une façon à peu près certaine.

Le thrombus profond, à cause de son anatomie pathologique si variée et de sa symptomatologie obscure, sera toujours difficile à reconnaître ; s'il est primitif, seuls les signes de l'hémorragie grave pourront mettre sur la voie. Il est vrai qu'il ne sera, le plus souvent, que le résultat d'un épanchement sanguin se propageant des parties extérieures vers des parties profondes où l'observation aura pu le suivre.

Nous admettons, pour cette variété de thrombus, du moins, que des erreurs aient pu être commises, ce qu'il est impossible de concevoir toutes les fois qu'il s'agit d'une affection aussi nettement définie que le thrombus externe. Confondre ce dernier avec la poche des eaux, avec une hernie vaginale, ou un abcès de la région, même avec l'œdème variqueux des lèvres, serait faire preuve d'une ignorance presque coupable ou bien d'une pratique insuffisante.

MARCHE ET COMPLICATIONS

Nous connaissons déjà l'expansion que peut acquérir le thrombus qui a pris naissance dans le tissu cellulaire qui entoure la vulve et le vagin. Cette expansion est ordinairement lente et se manifeste par des accidents généraux, que nous avons déjà signalés. N'oublions pas que nous n'avons à nous occuper que du thrombus pendant le travail, c'est-à-dire, pendant le temps très restreint où des complications ne peuvent guère se produire.

Les diverses complications et terminaisons qui se présentent sont du domaine du thrombus puerpéral et ne nous intéressent guère ici.

Nous nous bornerons à dire que le voisinage du rectum et de la vessie, que l'existence d'une plaie, constituent une prédisposition évidente pour les accidents septiques qui arrivent plus tard. Sachons bien que la gangrène, les inflammations de voisinage et surtout la péritonite sont à redouter. Deneux cite un cas compliqué de péritonite mortelle, trois jours après les couches.

Ces considérations nous permettront de mieux comprendre le traitement, qui ne doit pas consister seulement à combattre les dangers du moment, mais encore à prévenir ceux qui sont à craindre plus tard.

Les seules circonstances gênantes et impérieuses qu'il faille envisager pendant le travail sont la rupture spontanée de la poche, qui donne lieu à une hémorragie foudroyante le plus souvent mortelle, et l'obstacle insurmontable que la tumeur

sanguine peut apporter à la sortie du fœtus. Ce sont là les complications redoutables de notre thrombus. La conduite que l'accoucheur doit tenir dans des circonstances aussi funestes pour la mère et pour l'enfant sera indiquée dans le traitement.

PRONOSTIC

Le pronostic du thrombus a toujours été considéré avec raison comme très grave jusqu'à nos jours.

Dans les 60 observations recueillies par Deneux, 20 fois la femme a succombé soit pendant le travail, soit plus ou moins longtemps après l'accouchement. La mort était violente, occasionnée par la perte subite d'une quantité considérable de sang, ou bien elle était lente et due alors à la gangrène, à une suppuration excessive, résultat de la décomposition des caillots et de l'état inflammatoire des parties voisines.

Ce dernier genre de mort était le plus fréquent ; l'hémorragie foudroyante n'a été observée que très rarement.

Le chiffre de la mortalité pour les 85 cas recueillis par M^me^ Sasonoff s'élève à 20 p. 100 ; 10 malades sont morts de septicémie (soit 11,76 p. 100 ; et 7 à 8 d'hémorragie, soit 24 p. 100). M^me^ Sasonoff dit : « Si nous ne considérons que les cas de thrombus qui ont été signalés durant ces dix dernières années, c'est-à-dire depuis l'époque où l'on a franchement adopté le principe d'une antisepsie rigoureuse, et si nous nous hasardons à tirer de ces faits quelques conclusions, voyons ce que l'on doit penser de l'espoir exprimé par Hecker. Cet auteur pense, en effet, qu'en raison de la nature même de l'hématome, qui permet l'emploi des moyens antiseptiques, le chiffre de la

mortalité indiqué jusqu'ici peut être abaissé. Mais cet espoir ne peut être basé que sur la diminution de plus en plus grande du nombre des décès par septicémie. Or, dans les 23 observations récentes d'hématome, une seule fois, ou 4, 3 p. 100, la mort est survenue par septicémie (maison d'accouchements de Saint-Pétersbourg, 1877-1880). Le chiffre de la mortalité, quant à l'hémorragie (13 p. 100), reste donc encore considérable. »

Il était certain que la mortalité, dans ce genre d'affection, diminuerait le jour où, sachant les conditions dans lesquelles la suppuration se produit, on pourrait empêcher les accidents quelquefois si graves qui résultent de la formation du pus.

Or, on sait parfaitement aujourd'hui que la suppuration est due à un principe organique vivant, qu'il faut que les vaisseaux ouverts absorbent ce principe morbide et le versent dans les tissus pour qu'il y ait formation de pus.

On sait également, et c'est là le point pratique important, qu'on peut arrêter au passage, à l'aide de liquides antiseptiques, les microbes pyogènes, ou tout au moins détruire en partie leurs effets.

La mortalité, par suite du thrombus dans le travail, a donc diminué grâce à l'antisepsie et elle diminuera encore, il faut l'espérer, à mesure que celle-ci deviendra plus parfaite. Si les statistiques varient et donnent un chiffre assez élevé, c'est qu'on ne tient pas assez compte de ces cas, heureusement très rares, où l'antisepsie n'a rien à faire et où l'accoucheur ne peut rien. Nous voulons parler des hémorragies violentes qui surviennent pendant les efforts du travail.

TRAITEMENT

Ici, plus que jamais, nous croyons pouvoir dire qu'en matière de thérapeutique il n'y a rien d'absolu. Appelé auprès d'une femme en travail chez laquelle un thrombus vient de se produire, l'accoucheur devra faire tous ses efforts pour bien préciser les indications, car c'est à elles qu'il devra se conformer, modifiant le traitement suivant le cas.

Ces indications ne sont pas nombreuses ni également difficiles à remplir.

Lorsque le thrombus est peu volumineux, sans fluctuation, les craintes sont minimes ; si la tête ne peut pas sortir d'elle-même, le forceps aidera la nature et son application est inoffensive. Il suffit de savoir que, dans ces cas relativement heureux, on ne doit jamais temporiser, parce que la tumeur peut s'agrandir sous l'influence de la persistance de la pression et d'efforts violents. La tête fœtale exerce, en effet, au-dessus du point où la rupture vasculaire s'est faite, une compression comparable, comme le dit Jacquemier, à la ligature posée sur le bras pour l'opération de la saignée.

Si l'on tarde de terminer l'accouchement, surtout lorsque la fluctuation est manifeste au point de ne pouvoir compter sur la présence des caillots bouchant l'orifice des vaisseaux, on court le risque d'aggraver la situation de la femme et de compromettre la vie de l'enfant.

Lorsque, au contraire, le thrombus est assez volumineux pour que, de suite, on comprenne qu'il est nécessaire de le supprimer, deux questions se posent à l'esprit du praticien.

Comment enlever l'obstacle ? A quel moment faut-il l'enlever ?

Mais, avant d'essayer de résoudre ces deux questions si controversées, il nous convient d'en poser une troisième, sur laquelle M^me^ Sasonoff, pour la première fois, a cru devoir attirer l'attention, dans son remarquable travail, qui a paru dans les *Annales de gynécologie* de décembre 1884. Quelle conduite faut-il suivre quand l'hématome apparaît dans l'intervalle de la naissance de deux fœtus ? Inutile de faire ressortir tout l'intérêt de cette question, si nous rappelons que l'accouchement gémellaire est une des causes du thrombus. Convient-il d'intervenir activement, ou est-il préférable de confier aux seuls efforts de la nature le soin d'expulser le second fœtus à travers le conduit vaginal obstrué par la tumeur ? S'appuyant sur un cas d'hématome survenu dans la naissance de deux jumeaux, M^me^ Sasonoff se permet les réflexions suivantes, que nous croyons devoir reproduire en quelques mots : « Éviter autant que possible l'incision de l'hématome, à moins qu'il ne rende impossible la naissance du second fœtus ; dès qu'il existe la moindre apparence de la formation d'un thrombus, il est sage de hâter la terminaison de l'accouchement par un procédé quelconque. La version et l'extraction du second enfant sont susceptibles de recevoir une large application, d'autant plus que la sortie du premier fœtus influe favorablement sur la dilatation de l'orifice et facilite l'introduction de la main dans les voies génitales. »

Malheureusement, les éléments dont nous disposons jusqu'à présent ne sont pas assez complets pour qu'on puisse donner une solution définitive à une question aussi délicate.

Revenons au cas moins rare où l'hématome survient dans la grossesse simple. Ici, avons-nous dit, deux points importants à discuter.

(a) *Comment enlever l'obstacle?*

Les moyens sont nombreux. On peut se servir du doigt, du bistouri ou du trocart. Il n'importe pas peu cependant que ce soit l'un ou l'autre de ces moyens que l'on emploie.

Il est des cas où le doigt seul suffira pour donner issue à une certaine quantité de sang, lorsque, par exemple, un point de la poche est gangréné, et que l'issue doit se faire tôt ou tard par ce point-là.

Quelquefois, une petite incision suffira; d'autres fois, elle devra mesurer toute la longueur de la poche pour qu'on puisse la débarrasser en partie du caillot qu'elle contient.

A l'aide de l'aspirateur, on a pu aussi évacuer le sang d'une tumeur dans laquelle des caillots n'étaient point encore formés. Cependant, nous ne conseillerons pas l'emploi de cet instrument, que nous reconnaissons si utile lorsqu'il s'agit de confirmer le diagnostic. En effet, si le sang est coagulé, l'aspiration sera impossible; en outre, cette aspiration pourra nuire, si le sang est liquide, en provoquant un nouvel épanchement.

« Cet accident, dit M. Perreymond, s'explique par le » vide que l'aspiration produit dans la cavité, et qui amène » la congestion des vaisseaux primitivement ouverts et le » déplacement des caillots qui les oblitèrent.

» C'est ce qui se produisit chez la malade dont le professeur » Charles a publié l'observation. Cet accoucheur estime qu'il » serait préférable, pour obvier à cet inconvénient, de faire » une ponction aspiratrice avec un trocart de volume moyen, » puis d'injecter une solution forte d'acide phénique, qui pré- » viendrait la congestion et la décomposition consécutives, et » resterait emmagasinée dans la tumeur, en obturant l'ouver- » ture de la ponction au moyen d'un tampon phéniqué. »

Quoi qu'il en soit, rien ne nous paraît plus pratique qu'une incision large avec pansement antiseptique.

(b) *A quel moment faut-il enlever l'obstacle ?*

Icila discussion est moins simple, et les opinions sont tout à fait contradictoires.

Les uns disent d'attendre et de « n'intervenir avec le bis-» touri que quand on y sera absolument forcé. » C'est la théorie de M. Hervieux.

Les autres veulent l'incision immédiate dès que le thrombus apparaît (Velpeau).

Les partisans de l'incision immédiate invoquent les raisons suivantes, que nous trouvons dans Charpentier :

1. Nécessité de supprimer l'obstacle pour permettre l'accouchement.

2. L'expectation trop prolongée expose à l'extension de l'épanchement.

3. Les retards apportés à l'intervention ne préviennent pas toujours l'hémorragie.

4. L'incision immédiate soustrait les malades à la stagnation des caillots, et par suite aux dangers de la putridité et de ses conséquences.

Les partisans de l'expectation, Hervieux entre autres, répondent :

1. La tête fœtale pourra aplatir les caillots, les refouler, et le forceps pourra toujours remédier à la sortie trop tardive de cette tête.

2. Les thrombus intra-pelviens sont chose rare et il n'y a pas lieu de faire courir à la femme un danger réel, pour éloigner un danger sinon imaginaire, du moins peu probable.

3. L'incision entraîne après elle forcément le tamponnement qui aura pour effet d'amener cette extension que l'on veut éviter.

4. Enfin, les faits dans lesquels l'incision immédiate a été suivie d'hémorragie mortelle sont beaucoup plus nombreux que ceux dans lesquels l'intervention chirurgicale est restée inoffensive.

5. Le foyer sanguin sera d'autant plus exposé à la putridité qu'il aura été ouvert prématurément.

Comme nous l'avons déjà dit, et nous nous plaisons à le répéter : en matière de thérapeutique, il ne faut pas être absolu.

Il ressort des raisons que nous venons d'exposer qu'il y a exagération de part et d'autre et tendance à établir comme principe de simples particularités.

Le mérite de l'accoucheur sera d'agir au moment opportun sans trop se hâter, puisque les conséquences de l'incision qu'il va faire pour permettre la sortie de l'enfant peuvent être des plus graves pour la mère. Il ne devra pas trop attendre non plus, car le retard peut être funeste à l'enfant. Il ne faut pas en un mot que, partisan aveugle de l'une ou l'autre théorie, il s'empare immédiatement d'un bistouri et incise un thrombus volumineux dès qu'il vient d'apparaître, car une hémorragie mortelle peut s'ensuivre. Il faudra bien qu'il se garde aussi de causer la mort de l'enfant par une attente que rien ne justifierait.

Girard (thèse de Paris, 1874), tenant compte de ces considérations, a conclu plus sagement que les autres en disant qu'il faut attendre, pour intervenir, que la tête arrive sur la tumeur, mais qu'une fois là, il faut agir rapidement ; appliquer le forceps ; s'il le faut, ouvrir largement la poche et faire suivre d'une nouvelle application ou de la version, suivant la situation de l'enfant ou la persistance de l'hémorragie.

Nous sommes convaincu que cette opinion mixte est préférable à toute autre, et nous engageons les partisans à baser sur elle leur règle de conduite que nous résumerons ainsi :

1° Tant que la marche du travail ne sera pas entravée par la tumeur, attendre et surveiller.

2° Dès que le travail paraîtra se prolonger, introduction du forceps.

3° Si l'introduction du forceps est impossible, inciser la poche dans toute sa longueur, et alors deux indications nouvelles sont à remplir :

a. Ou l'enfant ne souffre pas et il n'y a pas d'hémorragie nouvelle ; dans ce cas attendre et surveiller.

b. Ou l'enfant souffre et l'hémorragie persiste ; il faut alors à tout prix terminer l'accouchement par le forceps ou la version, suivant les particularités qu'il présente.

En un mot, tout tenter pour terminer l'accouchement sans rompre la poche sanguine.

En attendant le moment opportun pour pratiquer l'incision, on entourera la tumeur de compresses imbibées d'eau glacée et on conseillera à la malade de garder l'immobilité la plus complète ; on évitera par le cathétérisme et par des laxatifs qu'elle fasse des efforts pendant la miction et la défécation, précautions indispensables pour que de nouvelles ruptures vasculaires n'aient pas lieu et ne viennent aggraver la situation, en augmentant le volume du thrombus

Après l'incision, si besoin est, on tamponnera directement sur la poche pour que le tamponnement soit efficace.

On se gardera bien d'enlever tous les caillots : on enlèvera d'abord les plus superficiels pour diminuer suffisamment le volume de la tumeur, les plus profonds jouant le rôle de véritable bouchon nécessaire pour arrêter l'hémorragie. La tête à son passage contribuera d'ailleurs à vider une bonne partie de l'hématome.

L'accouchement terminé, il semblerait tout d'abord que le rôle de l'accoucheur fût fini. Il n'en est rien.

Combien grande serait la faute si, après avoir combattu les

dangers du moment, on n'essayait pas, alors que les moyens nous sont faciles et sûrs, de prévenir ceux qui sont à craindre pour plus tard.

En présence d'un foyer hématique anfractueux, profond, souvent gangrené et d'une longueur inquiétante, foyer qui va être sali par les lochies et les sécrétions irritantes du canal vulvo-vaginal qui accompagnent la grossesse, il est inutile d'insister sur les conséquences graves qui résulteraient du manque d'antisepsie ou d'une antisepsie peu rigoureuse.

Il est absolument indispensable que le traitement curatif du thrombus dans le travail soit accompagné d'un autre traitement que, pour bien distinguer du premier et pour mieux en faire ressortir l'importance, nous appellerons volontiers : préventif des accidents puerpéraux.

Il ne faudra donc pas oublier de soumettre toute la région envahie par le thrombus à l'antisepsie la plus rigoureuse. On ne devra jamais introduire les mains dans le canal vulvo-vaginal sans les avoir préalablement trempées dans une solution de sublimé. On s'appliquera surtout, après avoir débarrassé le vagin et la cavité de l'hématome des caillots qu'ils peuvent contenir, à faire un lavage exact de toutes ces parties avec la même solution mitigée à moitié.

Enfin, après avoir supprimé tout retour possible de l'hémorragie par l'administration du seigle ergoté et, au besoin, par une application de glace pilée sur le ventre, on remplit la poche de la tumeur de gaze iodoformée et on ferme l'entrée du vagin par un large tampon de coton imbibé de la solution mitigée, tampon que l'on maintiendra à l'aide d'une compresse longuette fixée à une ceinture hypogastrique.

En agissant de cette façon, l'accoucheur pourra se retirer satisfait non seulement d'avoir débarrassé d'une affection grave une femme en travail, mais encore de lui éviter les accidents de l'état puerpéral si redoutables jadis et une des causes du chiffre élevé de la mortalité dans le thrombus.

RÉSUMÉ

Nous résumons notre travail en quelques mots.

Rejetant les divisions des anciens auteurs qui ne sont justifiées ni par l'anatomie ni par la clinique, nous proposons de diviser le thrombus dans l'accouchement en: *thrombus superficiel ou externe* et *thrombus profond ou interne*.

Nous ne craignons pas de dire que le thrombus, si redoutable autrefois, peut être considéré de nos jours comme un accident ordinairement peu grave, et cela grâce aux progrès de l'antisepsie accomplis dans ces dernières années.

Nous ne pouvons rien, il est vrai, contre la rupture subite de l'hématome, qui fort heureusement est exceptionnelle ; mais nous pourrons toujours, et c'est là le but qu'il nous faut atteindre, mettre notre malade à l'abri des complications qui surviennent après l'accouchement si, nous étant rendu un compte exact du siège de l'épanchement (et nous avons des moyens pour cela), nous voulons bien nous soumettre à l'antisepsie la plus rigoureuse.

Terminons par un conseil.

Nous recommandons aux femmes grosses d'éviter toute striction de la poitrine par les vêtements ou le corset, ce

dernier surtout jouant un rôle évident dans l'étiologie du thrombus. Déjà l'hygiène générale s'insurge, et avec beaucoup de raison, contre la funeste habitude du corset ; l'hygiène de la femme enceinte doit le bannir entièrement, si l'on songe combien une pratique aussi absurde peut devenir dangereuse non seulement pour la mère, mais encore pour son enfant.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 29 juin 1889.
Le Recteur :
CORRESPONDANT DE L'INSTITUT
G. CHANCEL.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 28 juin 1889.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DENEUX. — *Mémoires sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin,* Paris 1830.

JACCOUD. — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

HART et BARBOUR. — *Manuel de gynécologie.*

TILLAUX. — *Anatomie topographique.*

CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements,* Paris 1883.

Annales de gynécologie. — Tome XXII, décembre 1884.

PERREYMOND. — *Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin,* Paris 1888.

GRYNFELTT. — *Thrombus de la vulve et du vagin ;* in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier,* octobre 1887.

CHARLES. — *Thrombus vaginal après un accouchement à terme ;* in *journal d'accouchements.* Liège, 1882.

HERVIEUX. — *Traité pratique et clinique des maladies puerpérales.*

PERRET. — *Des tumeurs sanguines intra-pelviennes.* Thèse de Paris, 1884.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !